

**STRUMENTO DI VALUTAZIONE
 RISCHIO CADUTA DI PAZIENTE RICOVERATO**

Cognome e Nome _____

Istruzioni:

domande da rivolgere al paziente o ad un familiare, infermiere o accompagnatore, se presenti problemi fisici e cognitivi che impediscano di rispondere.

		Risposte	
		SI	NO
→	Paziente ricoverato in seguito a caduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	È caduto nel corso degli ultimi tre mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Necessita di andare in bagno, con particolare frequenza (< 3 ore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Ha un calo di vista tale da compromettere le funzioni quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Deterioramento delle capacità cognitive ed incapacità a riconoscere i pericoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Se agitato (< attività motoria non finalizzata ed associata ad agitazione ulteriore, incapacità a stare seduto fermo, si tira i vestiti, si muove con irrequietezza, ecc. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Assume Benzodiazepine e/o psicofarmaci _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Se in grado di: _____		
	spostarsi dalla sedia al letto e viceversa	con maggiore aiuto <input type="checkbox"/>	con minore aiuto <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/>
→	ALTRO _____		

La risposta "non so" è da considerarsi come risposta negativa

IL MEDICO _____